|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | **Προς****Γραμματεία Τμήματος Ιατρικής** **Σχολή Επιστημών Υγείας****Α.Π.Θ.** |
| Επίθετο: ……………………………..Όνομα: ………………………………Πατρώνυμο: …………………………Τηλέφωνο: …………………………..Παν/κό έτος εγγραφής: ………………ΘΕΜΑ: "Χορήγηση βεβαίωσης"Θεσσαλονίκη, ………………… | Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση για τη συμμετοχή μου στο ΔΠΜΣ «Ιατρική Πληροφορική» (ΠΡΟΜΕΣΙΠ) προκειμένου να τη χρησιμοποιήσω για …………………….………………………...…………………………………………………… Ο/Η αιτών/ούσα |